

Załącznik nr 2b do wniosku o dofinansowanie w ramach programu „Aktywny samorząd” Moduł I Zadanie B1, B3-B4 – pomoc w zakupie sprzętu elektronicznego lub jego elementów oraz oprogramowania (dysfunkcja narządu wzroku do 16 r.ż. lub B3)

....., dnia

Stempel zakładu opieki zdrowotnej
lub praktyki lekarskiej

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

wydane do wniosku o dofinansowanie w ramach pilotażowego programu „Aktywny samorząd”
- prosimy wypełnić czytelnie w języku polskim

1. Imię i nazwisko Pacjenta

2. PESEL

3. Na podstawie zgromadzonej dokumentacji medycznej lub badania stwierdza się, że dysfunkcja wzroku Pacjenta dotyczy
(proszę zakreślić właściwe pole oraz potwierdzić podpisem i pieczętką):

<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku lewym równa lub poniżej 0,3	pieczętka, nr i podpis lekarza
<input type="checkbox"/>	Obniżenie ostrości wzroku (w korekcji) w oku prawym równa lub poniżej 0,3	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku lewym	
<input type="checkbox"/>	Zwężenie pola widzenia do 30 stopni w oku prawym	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka lewego	
<input type="checkbox"/>	Inna dysfunkcja oka prawego	

....., dnia

(miejscowość) (data)

.....
pieczętka, nr i podpis lekarza